

cl9/09/03-9

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति		(Healthcare) (स्वास्थ्य रेखांभाल)	Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	A10919/0510	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि ०९/०९/१९		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	Shanti Devi	AGE-YEARS उमेर-वर्ष	53	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	Nand Ram	SEX लिंग	F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्ती जावाहार चौक Village → Sumpi Teh. → Alwar				
Dist. → Alwar, Rajasthan PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: रम्या जावाहार चौक as above				
OCCUPATION: जब्तपद	Farmer	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	45000/-	(Attach Proof of Income) (आय का संपर्क संदर्भ) NA		
PAN No. स्थाई खाता संख्या	NA	Yes / No हाँ / नहीं		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो मात्र ही उस पर सही कानून लगता है)				
FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से सम्बन्ध
(1)	Ashek	25	m	Son
(2)	Suresh	22	m	Son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनियोग अध्याय				
BPL Card (Attach Card Copy) परिवार के दोषे ड्रमाय एवं (इयाय एवं जी जाता छाता रहता है)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल्द जाप रहने वाले एवं (इयाय एवं जी जाता छाता रहता है)	Ration Card (Attach Copy) आपोनीज वाले (इयाय एवं जी जाता छाता रहता है)	Any Other Basis/Proof जी जाता छाता है	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु लिये गई विनियोग का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टर द्वारा दिलाई गई रिपोर्ट			
(1)	Diagnosis →	RI -	MSC	
		LE -	MSC	
(2)	Surgery →	LE -	STCS + IOL	
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया जाता है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED स्तर या सहायता राशि		
(1)	SCEH			

DECLARATION by APPLICANT: नीचे का प्राप्ति करें।

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं सोचता हूँ कि यह दस्तावेज़ में लिखी गयी कोई भी अनुमति या धूम्रपान या शराब की वजह से यह काम करता है तो मेरी विरोध विवाद भी यह काम है।
 2) मैं हाल ही माहों तक "कोशिका चारोंदास", तो ऐसा कहा है, आज उन्हें जीव दर्शन की तृष्णा के लिए किया जाता है, यह दस्तावेज़ में यह लिखा है।
 3) मैं पूर्ण रूप से किसी व्यक्ति को अपेक्षा नहीं हूँ, कि यह व्यक्ति को अपेक्षा नहीं हूँ, कि यह व्यक्ति को अपेक्षा नहीं हूँ, कि यह व्यक्ति को अपेक्षा नहीं हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT: नीचे का करें।

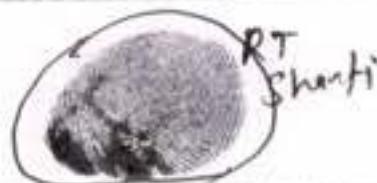
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- मैं इस रूप से अपने नाम का लिखा है कि यह काम करता हूँ, कि "कोशिका चारोंदास" की वजह से यह काम करता हूँ, कि यह काम करता हूँ, कि "कोशिका" एवं नाम, या, कामकाज इसे इस्तेमाल करने वाली व्यक्ति के लिए विवाद या आवायम या अलापन करते हैं। यह दस्तावेज़ में इन्हें लिखा है, कि यह काम करने वाली व्यक्ति को अपेक्षा नहीं हूँ।
- मैं इस दस्तावेज़ में अपने नाम का लिखा है, कि यह काम करने वाली व्यक्ति को अपेक्षा नहीं हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR THUMB IMPRESSION:

अपने के दस्तावेज़ पर लगाए गए हैं।



AGREEMENT by HOSPITAL: नीचे का करें।

By affixing hereunder, signature or thumb impression for recommending the claimant for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & record following:

- that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation entitles us, that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the agreement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसी प्रकार, इसका नाम "कोशिका" के लिए लगाए गए हैं, यह दस्तावेज़ का लिखा है, कि यह काम करता हूँ।
 1) यह दस्तावेज़ का लिखा है, कि यह काम करने वाली व्यक्ति की वजह से यह काम करता हूँ, कि यह काम करने वाली व्यक्ति की वजह से यह काम करता हूँ, कि "कोशिका चारोंदास" की वजह से यह काम करता हूँ, कि "कोशिका चारोंदास" की वजह से यह काम करता हूँ, कि "कोशिका चारोंदास" की वजह से यह काम करता हूँ।

2) "कोशिका चारोंदास" की वजह से यह काम करता हूँ, कि यह काम करने वाली व्यक्ति की वजह से यह काम करता हूँ, कि यह काम करने वाली व्यक्ति की वजह से यह काम करता हूँ, कि यह काम करने वाली व्यक्ति की वजह से यह काम करता हूँ।

RECOGNITION FOR AUTHORITY:
नीचे का लिखा गया है।

Date of Surgeon's
signature: १५ अगस्त

१५/०९/१९

Dr. Dharm Singh
MS (Orthopaedic)
Date of Signature: १५/०९/१९
Signature No: 1028084

MASSEY
Prashant Massey, Stamp of Authorised Signatory
Director, Orthopaedic Department
यह दस्तावेज़ के लिए अधिकारी व्यक्ति की वजह से यह काम करता हूँ।

FOR INTERNAL USE OF KOSHIIKA FOUNDATION

अन्तर्भूक उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम लिखें।

Dharm Singh

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम लिखें।

Shanti